

L' E c r i t

Hors série/1
2010

Recueil de présentations

« Journée Vaudoise des
pratiques soignantes en
psychiatrie »

De 2005 et 2007

Service des soins, Département de Psychiatrie, DP-CHUV, Lausanne, CH.

L' E c r i t

Sommaire

Journée Vaudoise « *Le soin psychique* » 2005 : p.3

Journée Vaudoise « *Culture et soins* » 2007 : p.25

Journée vaudoise des pratiques soignantes en psychiatrie 2005

« *Le soin psychique* »

« *Thérapie corporelle posturale* »

p.4

Secteur Ouest, Audrey Rossi

« *Histoire d'un qui cherchait des murs solides* »

p.7

Secteur Est, Yannis Bussy

« *Entre pairs et repères, où se situe le soin psychique pour les adolescents en
Hôpital de Jour ?* »

p.17

Secteur Centre, Tarja Cachelin, Serge Rickli, Jacques Lauffenburger

Thérapie corporelle posturale

Mme Audrey Rossi, infirmière
Secteur Ouest

Principe - Généralité :

Tout refus de la vie et de ses conséquences, toute vision défavorable du monde qui nous entoure, «les infos négatives de soi » et les incapacités à faire face... s'enregistrent au niveau de notre cerveau comme un fonctionnement normal.

1. Le cerveau ne trie pas. Il prend toutes les pensées négatives comme une nouvelle « donnée » de la personne.

2. De ce fait, le corps dans sa manifestation physique, s'y adaptera comme une évolution naturelle issue des informations de ses attitudes mentales négatives .

3. Les peurs, les doutes, les incertitudes, les incapacités entraînent des perturbations du comportement dans la vie de tous les jours. L'individu se retrouve alors avec ses problèmes sans y percevoir une porte de sortie.

Ce qui engendre peu à peu, non seulement, des états de stress, difficulté de ressourcement, de récupération du sommeil, un mal être général, état dépressif, perte de repère, problématique d'identité.

Mais aussi des limitations physiques, raideurs, tensions douloureuses jusqu'aux problèmes ostéopathiques.

Tout ceci témoigne des états psychiques et émotionnels de chacun d'entre nous.

Les techniques corporelles posturales sont indiquées pour les multiples déséquilibres sur le plan physique émotionnel et mental.

Dans cette pratique, nous prenons en compte le mouvement à but de rétablir un comportement psychologique différent sur la vision de soi et de l'extérieur.

Les techniques corporelles posturales

Ce sont des techniques de relaxation et de détente, basées sur des massages et des mouvements simples favorisant le relâchement et le bien être sur le plan physique, émotionnel et psychique.

Ces techniques sont spécifiques à des perturbations et à des blocages qui, à répétition, engendrent en premier lieu une réaction physique de déblocage des symptômes (soulagement de la fatigue, des tensions...) et un aboutissement de répercussions psychologiques favorable.

Ces techniques ont été découvertes et élaborées sur des résultats évidents par des individus pratiquant des techniques de sabre japonais, où les postures du corps amenaient des restructurations psychologiques étonnantes chez les adolescents et les adultes perturbés.

Ces postures reprises et remaniées ont permis de faire des recherches plus approfondies sur les attitudes corporelles spontanées et leurs déviances (raideurs, blocages...)

Objectifs

Mon objectif principal partait d'un constat au sein du service où j'ai observé que beaucoup de patients en souffrance psychique, sont envahis par des états de mal être, s'identifiant à leurs symptômes et n'existant qu'à travers des états de fatigue, de tension... quasi permanents.

Aussi mon objectif est de leur offrir un moment de détente, de bien être, de relâchement sur les trois plans et de reconnections à eux même.

C'est offrir au patient un outil complémentaire de soins inclus dans sa prise en charge, qui leur permet, par exemple de choisir une technique de détente au lieu d'une réserve médicamenteuse avant le sommeil ou dans la journée...

Le fait de se sentir mieux dans leur corps, les amènera petit à petit à une prise de conscience de ce qu'ils ont en eux : des ressources, des aspects positifs de leur identité... leur permettant de changer leur propre vision d'eux mêmes et retrouver par la suite des mécanismes sains d'adaptation pour gérer leur vie.

Les objectifs de ce type de prise en charge ont été discutés avec le directeur des soins du SPO, l'ICUS du service, ainsi que mes collègues du pool soignant.

A qui sont proposées ces thérapies ?

" Population cible : les patients souffrant d'un état dépressif récurrent."

Décision de la prise en charge :

Cette décision est prise au cours d'un colloque interdisciplinaire :

Où le médecin proposera comme complément de prise en charge des thérapies corporelles et le prescrira dans le dossier.

Chaque séance est retranscrite sur une feuille spécifique ajoutée au dossier patient où il sera précisé l'état physique, psychique et émotionnel de la personne avant le soin, la thérapie adaptée et l'évaluation en fin de séance.

Par nature, l'équilibre chez l'être humain est avant tout d'avoir un esprit calme et serein.

Lorsque celui-ci est perturbé, cela engendre des désordres psychologiques qui peu à peu entraînent des dysfonctionnements physiologiques.

En intervenant sur le corps par des mouvements corporels posturaux nous décristallisons peu à peu les informations parasites du mental.

Le mouvement devient alors thérapeutique.

Histoire d'un qui cherchait des murs solides

Yannis Bussy, ICUS-adjoint, Hôpital de Nant
Secteur Est

En des temps anciens, dans un lointain pays, vivait un jeune Marquis dans un château de marbre situé en lisière d'une profonde forêt.

Il habitait avec sa mère en cette fastueuse demeure aux innombrables couloirs et aux luxueuses pièces. La Marquise régnait seule sur le domaine depuis longtemps, car son époux avait été enlevé dans les airs par un carrosse volant et on ne l'avait plus jamais revu depuis.

Le jeune Marquis menait une vie oisive et ne manquait de rien. Il lui suffisait de claquer des doigts ou d'agiter une clochette pour qu'aussitôt accourent une nuée de serviteurs prêts à tout faire pour réaliser le moindre de ses souhaits.

Ainsi le temps s'écoulait paisiblement pour le jeune Marquis au côté de sa mère qui, en plus d'être une suzeraine juste et inspirée, était une fine pâtissière. Elle confectionnait en particulier de délicieux gâteaux au chocolat dont son fils était très friand. Il pouvait les déguster peu avant le coucher du soleil lorsqu'il avait passé la journée à se dépenser à la chasse ou à cheval.

Tranquillement, le jeune Marquis profitait de la vie sans aucunement s'inquiéter du lendemain ; il se délectait aussi souvent que possible des savoureux gâteaux au chocolat de sa mère, sous le regard attendri, aimant et protecteur de cette dernière.

Hélas ! Un jour, alors que le soleil avait oublié de répandre la bienveillance dans le cœur des hommes, un voleur s'introduisit dans le château de marbre et déroba la recette du gâteau au chocolat que la Marquise conservait jalousement et qui faisait sa réputation jusqu'à la cour du Roy.

Elle fit venir son fils à la salle d'audience et lui tint ce discours :

« Mon fils ! Te voilà presque un homme maintenant et c'est à toi qu'il appartiendra un jour de régner en souverain sur ce domaine. Mais, pour que la réputation et la grandeur de notre maison soient sauvegardées, il faut à tout prix récupérer la recette qui nous a été dérobée ! »

« C'est à toi qu'il incombe de choisir parmi nos servants, celui qui partira en quête. »

« Non, mère ; c'est moi qui irai, car je suis le meilleur cavalier et le meilleur chasseur entre tous les hommes de notre pays... Mais comment ferai-je pour débusquer le larron ? Il s'en est allé depuis longtemps et n'a laissé nulle trace derrière lui ! »

« Grâce à ceci, tu retrouveras la trace du malfaiteur ! »

La Marquise tenait à la main une bouteille en cristal apparemment vide.

« Cette bouteille appartenait à ton père et c'est tout ce qui reste de lui en cette demeure. Elle a le pouvoir d'indiquer le chemin à suivre ; pour cela, il te suffit de souffler trois fois de suite dans le goulot de façon à émettre un son mélodieux et il en sortira aussitôt une plume qui volera devant toi et te montrera la route que ton cœur désire emprunter. »

Le jeune Marquis prit l'objet et le contempla émerveillé.

« Mais fais bien attention, mon fils ! Chaque porteur de la bouteille ne peut s'en servir que trois fois ! Si tu veux retrouver le chemin de notre demeure, veille bien à conserver une possibilité pour le retour ! »

Le jeune homme s'en fut, tout joyeux, car il allait vivre une palpitante aventure et il avait avec lui ce fantastique objet ayant appartenu à son père.

Chevauchant fièrement son superbe étalon nommé Crinblanc, il s'enfonça dans l'épaisse forêt jouxtant la seigneurie.

Parvenu à la croisée des chemins, il siffla trois fois dans la bouteille et une plume blanche en jaillit aussitôt. Le jeune Marquis avait pensé au voleur et à la recette lorsqu'il avait soufflé, mais il avait également songé à une vie aventureuse.

Il éperonna sa monture et partit au petit galop sur la route que la plume lui indiquait.

Bientôt, alors que le soleil était encore haut dans le ciel et qu'il n'avait pas achevé de traverser la forêt, il arriva dans les environs d'une chaumine où trois joyeux drilles riaient tout en buvant un frais et pétillant cidre. Ils invitèrent le jeune homme à se joindre à eux.

Le soleil étant impitoyable, le jeune Marquis avait la gorge sèche et une grande soif le prit soudain. Il accepta et entreprit de vider plusieurs gobelets de cidre. Il se trouvait en agréable compagnie, car les trois hommes ne cessèrent de le féliciter pour sa quête courageuse et lui firent moult éloges sur son noble destrier et son élégante tenue. Le jeune Marquis buvait autant leurs paroles que leur cidre ; bientôt, la tête lui tourna et il s'écroula.

Hélas ! A son réveil, le lendemain, il s'aperçut qu'il avait été dépouillé de sa bourse, de ses bottes et de son fidèle Crinblanc. Ceux qu'il croyait être de gais compagnons, se révélaient en fait les pires des malfrats.

Au moins il lui restait sa bouteille que les trois voleurs n'avaient pas jugée digne d'intérêt.

Voulant reprendre le chemin au plus vite et sous le coup de la colère, il ne souffla que deux fois au lieu de trois dans la bouteille. Une plume noire en sortit, mais le jeune Marquis ne s'en formalisa pas, tant il était pressé de reprendre sa route, et il la suivit à pieds nus sur le sol rocailleux.

Le chemin était long et dur ; à la tombée de la nuit, il arriva à une misérable chaumière habitée par une vieille femme.

Espérant y trouver le gîte et le couvert, il lui narra ses mésaventures, tentant ainsi d'apitoyer son interlocutrice.

Elle lui fit cette réponse :

« Sache que je peux t'aider, si tu consens à utiliser ta bouteille magique pour la troisième et dernière fois. Je suis une princesse victime d'un sortilège et si tu fais apparaître la plume en pensant à moi, elle aura alors le pouvoir de me restituer mon apparence première. Cette chaumière deviendra un splendide château empli de richesses et nous règnerons à tout jamais comme roi et reine sur un magnifique royaume. »

A ces mots, le jeune Marquis sentit son cœur battre la chamade. Il se sentait épris de la douce princesse qu'il percevait déjà à travers les haillons de la vieille. La perspective de devenir roi plutôt que marquis l'enchantait ; il pourrait alors se

faire livrer les meilleurs gâteaux au chocolat qui existent de par le monde et autant qu'il en voudrait. Peut-être seraient-ils encore meilleurs que ceux de sa mère.

Le jeune homme prit une profonde inspiration et souffla par trois fois dans le goulot tout en pensant très fort à une belle princesse.

La plume s'envola et vint se poser sur la tête de la vieille femme.

En un instant, le maléfice s'estompa et le jeune marquis put contempler la plus belle des femmes, vêtue de merveilleux atours et portant de somptueux bijoux en or. Elle se tenait derrière les remparts d'un extraordinaire château doré et faisait des signes de la main au jeune homme.

Ce dernier franchit d'un bond le pont-levis et couru diligemment en direction de sa future épouse.

Hélas ! Plus il s'approchait d'elle et plus sa silhouette blanche s'assombrissait et se recroquevillait. Parvenu à trois enjambées de la belle, le jeune homme s'arrêta net.

Devant lui se tenait un énorme loup noir retroussant ses babines en un rictus féroce.

L'horrible bête était prête à se jeter sur lui et le jeune Marquis ne dut la vie sauve qu'à la vélocité de ses jambes.

A l'abri derrière un arbre, il observait la porte du château, redoutant d'en voir surgir le monstre. Mais ô stupeur ! La belle princesse se tenait à nouveau sur les remparts, l'appelant et lui faisant signe de sa gracieuse main.

Surmontant sa frayeur, il franchit la porte une deuxième fois et se retrouva encore nez à nez avec la gigantesque bête.

Il parvint à fuir, mais se promit de ne jamais remettre les pieds en ces lieux maléfiques.

Mais où aller ? Jamais il ne retrouverait le chemin de sa maison !

Finalement, ne supportant plus de voir tant de beauté le haranguer depuis les remparts, le jeune Marquis entreprit d'oublier sa peur et de tenter sa chance une troisième fois.

Nouvelle tentative qui se solda elle aussi par un échec, sauf que cette fois, au lieu de fuir le château, le jeune homme s'enferma dans le donjon juste à temps pour entendre les mâchoires du loup se refermer derrière lui.

On raconte que depuis, il y est prisonnier, impuissant à s'évader, car gardé par un monstrueux et féroce loup. A moins que ce ne soit par une séduisante et impitoyable magicienne aux terribles pouvoirs.

En cette tour dorée, il soupire après les délicieux gâteaux au chocolat de sa mère et doit se contenter de ses larmes pour toute boisson et de ses gémissements en guise de nourriture.

fin

1. Du conte dans les soins

Ce conte moderne pourrait être une version, ou même une sorte de traduction métaphorique de la vignette clinique suivante :

A. Vignette clinique

M. C., né en 1984, a toujours vécu dans le canton de Vaud. Alors qu'il avait 2 ans, son père a quitté le domicile familial.

Il suit une scolarité moyenne, mais achevée, puis entame un CFC de menuisier.

Peu avant 18 ans, il tente de prendre son autonomie et commence également à consommer régulièrement de l'alcool et de la cocaïne ; échec de son apprentissage.

Les années 2002 et 2003 sont entrecoupées de délits, d'hospitalisations et de consommations de plus en plus massives.

Plusieurs suivis thérapeutiques sont tentés, mais tous échouent. Sa famille et ses thérapeutes demandent au juge de paix un PLAFA ; qui sera prononcé en début 2004.

Dès qu'il sort de l'hôpital pour aller dans un foyer, M. C. reprend très vite sa consommation d'alcool et ses comportements antisociaux, avec actes délictueux.

Même un milieu semi carcéral ne saura avoir raison de sa pathologie.

Il nous revient en 04.05 avec aucune perspective d'avenir et toujours une exigence de placement par le juge.

B. Similitudes ente conte et récit autour d'un patient

Mais pourquoi un conte pour parler de la trajectoire d'un patient ?

Parce que le quotidien des soins en psychiatrie, et ailleurs aussi, voit les soignants raconter et re-conter des myriades d'histoires et d'anecdotes diverses.

Et puis il y a plusieurs similitudes entre les contes et les histoires de soins que nous racontons.

Par exemple, de la même manière que les contes parlent de ce qui demeure au niveau inconscient, les soignants, lorsqu'ils construisent un récit autour d'un patient et le racontent à autrui, remplissent des vides , lèvent le voile sur certains éléments, bref mettent en mot ce qui est indicible.

Autre similitude : Pour donner naissance à un conte, il faut qu'une histoire soit racontée moult et moult fois et que les éléments ainsi répétés aboutissent à un consensus du plus grand nombre.

Pareillement, le récit construit par des soignants devra passer par de nombreuses répétitions avant de prendre forme.

Et encore, comme un enfant a besoin d'entendre souvent la narration d'un conte pour en profiter, nous nous répétons de nombreuses fois l'histoire d'un patient, en partie pour apprendre à le connaître, à le rendre vivant dans notre pensée et ainsi commencer à pouvoir l'investir.

Entre conte et récit de soignants, d'autres analogies existent. Que ce soit au niveau du processus de création ou des fonctions qu'ils prennent.

Mais le récit autour d'un patient, n'est pas un conte ; il ne répond pas aux critères de définition du conte de fée, ou du conte merveilleux, données par B. Bettelheim et V. Propp.

Ainsi le conte lu précédemment pourrait être qualifié de conte moderne ou de fiction.

Je pense que l'élaboration d'un récit au sujet d'un patient est l'essence même du soin psychique. La description d'un tel savoir faire représentant l'essentiel de mon exposé, je précise d'emblée que cela s'applique d'avantage dans les situations de patients dont l'évolution psychologique a gêné le développement d'une pensée qui puisse être dite et racontée ou dont la souffrance actuelle entrave cette possibilité.

2. Le récit autour d'un patient, comment se construit-il ?

Autour d'un patient, beaucoup d'informations circulent, transitant par de nombreux intervenants. Les soignants racontent, et se racontent entre eux, une foule d'histoires.

Un peu comme une tribu primitive réunie le soir autour du feu de camp, nous nous regroupons dans le bureau infirmier et nous échangeons des paroles sans relâche.

Un fastidieux travail de mise en commun des myriades d'éléments concernant le patient et un long processus de mentalisation donnent forme, pas après pas, à un récit !

Tous ces éléments et bribes d'histoires ne viennent pas que de moments formels, tels que rapports de garde, colloques et autres réunions officielles dont la plus emblématique est peut-être la remise infirmière quotidienne, véritable temple du savoir, voué tout entier à la transmission d'informations. Mais aussi espace créatif propice à l'élaboration d'hypothèses et de fantasmes grossissant le tissu culturel qui enveloppe peu à peu le patient.

Toutes ces bribes éparses et déliées trouvent également leur origine à l'occasion d'échanges banals au sujet des sentiments provoqués par la relation avec tel ou tel patient, à la faveur d'une anecdote ou au détour d'une plaisanterie qui, même si elle peut prendre l'apparence d'un jugement de valeur, nous renseigne sur une des facettes du patient.

Ajoutons à cette masse en formation ce que nous dit le patient, sa famille, son entourage, ses anciens dossiers, et d'autres sources encore; on obtient alors une collection impressionnante d'histoires.

En mettant un peu d'ordre dans ce fouillis de personnages, d'actions et de fonctions, nous obtenons une certaine continuité narrative. C'est grâce à celle-ci qu'un récit naît et prend forme.

Au sein de cette démarche qui vise à rendre ordonné et cohérent ce chaos originel, je voudrais insister sur deux outils indispensables à la création d'un récit :

Premièrement, la « mise en commun ». Pour collecter cette foison d'éléments, en produire de nouveaux et les ordonner, les soignants (en l'occurrence je pense à tous les intervenants) doivent faire l'effort de se rencontrer ensemble pour mettre en commun la matière collectée en d'autres temps et d'autres lieux, puis, toujours en groupe, la soumettre à un travail mental de symbolisation et de synthèse.

De manière similaire à une œuvre littéraire dont il faut bien réunir tous les chapitres qui la composent pour l'achever, ce travail ne pourra se faire que par la mise en commun des personnes, de leurs connaissances et de leurs affects.

Deuxièmement, la métaphore occupe une grande place dans les processus précédemment cités (et là on rejoint les contes).

J. Hochmann nous dit, dans son livre « La Consolation » :

« La métaphore a aussi pour fonction de transmettre l'énergie d'un mouvement de l'imagination. Elle éveille les passions en écho aux nôtres et fait ressentir à autrui ce que nous ressentons. »

La métaphore a non seulement le pouvoir de tisser des liens entre les soignants et leur imaginaire, mais elle permet aussi de remplir le vide qu'un patient peu loquace instaure parfois. Même à peine esquissés, une hypothèse, un fantasme, un ressenti pourront être transmis par elle aux collègues.

Finalement, le récit, forme aboutie du soin psychique, autorise le soignant à donner du sens au patient lui-même, à ce qu'il exprime par ses paroles, ses symptômes, ses agirs, et à tous ses affects projetés sur autrui ou dans la relation soignant soigné.

Ce récit, dont la sève est constituée d'innombrables discours, racontés et re-racontés, d'images et de laborieux processus de mentalisation, déploie à présent l'écran de son riche feuillage capable de contenir la projection d'affects douloureux et pénibles tel que haine destructrice, vide angoissant ou encore angoisses psychotiques de mort, de morcellement et d'intrusion / persécution.

En d'autres termes, un récit devient racontable dès le moment où il est suffisamment élaboré pour que du sens en soit dégagé.

Pour ce faire, un nombre infini d'éléments ont été liés ensemble et tissent la toile du récit, une toile aux liens solides, capable de protéger le patient et les soignant de la destructivité de certaines pathologies ; surtout lorsqu'elles sont décompensées.

Combien de fois les patients nous font-ils perdre le fil ?

Se raccrocher à une toile commune permet de conserver le sens de ce que nous faisons et d'éviter au patient -comme aux équipes- de tomber en morceaux.

Le récit n'est pas seulement une représentation du soin psychique, mais il nous aide aussi à devenir / être soignant.

3. Les fonctions du récit

Un récit, s'il est bien raconté, nous happe et capte notre attention jusqu'au point final. Tout en conduisant l'auditeur au cœur même du sujet, il se permet quelques détours par des anecdotes et des plaisanteries.

Le récit divertit et c'est là sa fonction première, celle d'apporter une notion de plaisir indispensable aux soins en psychiatrie. Plaisir de l'auditeur, mais aussi plaisir du narrateur.

Deuxièmement, à l'image d'une mère élaborant un langage bébé pour dire avec de nouveaux mots ce que d'autres, plus usuels, ne sauraient exprimer, les soignants doivent trouver, créer, imaginer les formules et les métaphores capables de traduire en un récit audible ce que les patients ne parviennent pas à dire. C'est une fonction de « traduction » ou de « guide » de la parole.

La troisième fonction est une fonction de métabolisation des affects et de prise de distance par rapport à certaines situations accaparantes. En effet, il n'est pas rare que le contenu d'un récit soit pénible, émaillé de confrontations douloureuses et se termine mal. Mais une fois achevé, on peut considérer l'ensemble et peut-être réaliser ce qui a du prix dans ce chemin parcouru, plutôt que de ne s'attacher à rien ou de nier les pertes. Cette position aide en partie à survivre à certaines tourmentes et à continuer de soigner, même après une conclusion tragique.

De plus, mettre en récit ce qui se passe est une forme d'anticipation du deuil à venir ; il permet de se préparer à la future séparation, puis aide à accepter la façon dont elle survient. Le fait même de raconter une histoire évoque déjà la fin à venir, du moins inconsciemment.

De cette troisième fonction du récit découle directement une quatrième : Celle de survivre à l'attaque du lien par les processus pathologiques en œuvre dans la relation soignante.

En offrant la parole à l'indicible, en donnant du sens à l'inimaginable et à l'étrange, le récit nous donne la capacité à contenir la violence de certains affects.

Ainsi le vide le plus effroyable, la haine la plus destructrice, la souffrance la plus inconsolable trouveront leur place au cœur du travail accompli. Il en sera de même pour les sentiments d'échec, d'impuissance, d'insuffisance et de disqualification.

Ces éléments dérangeants et blessants, en trouvant une représentation à l'intérieur du récit, peuvent s'intégrer sous une forme métabolisée, après avoir été passé au crible d'une mentalisation, soutenue par une référence solide à une

théorie. De cette manière, la mise en récit prend fonction d'antidote nécessaire au soignant pour survivre à la pensée (à la non pensée) du patient psychotique. En accueillant certaines manifestations insupportables de la pathologie psychiatrique, le récit permet de prendre en compte ces éléments difficiles dans le processus de soin.

La narration fait partie du processus de deuil. En se racontant, le récit trouve une nouvelle fonction, celle de « Consolation ».

Chez la plupart de nos patients, sinon tous, se trouve une perte ou un manque quelque part dans le passé. En mettant en récit, avec certains patients, cette souffrance, un mécanisme de remémoration se déclenche ouvrant ainsi la porte à un processus de consolation.

J'entends par consolation la définition qu'en donne J. Hochmann dans son livre « la Consolation »: « La consolation est cette activité de soutien qui permet à l'endeuillé d'introjecter progressivement l'objet perdu ... et d'être libre pour de nouveaux attachements... »

Pour terminer, une sixième fonction, mais pas la dernière, le Soutien pour les débutants.

Comme les contes ont pour but de se souvenir de la sagesse du passé et la transmettre aux générations futures, le récit en question peut prendre valeur d'héritage et de continuité pour des collègues débutants, les soutenant pour les premiers pas de leur aventure professionnelle. En ce sens, le récit a cet avantage qu'il revêt une forme simple, directe et accessible à tous.

4. Conclusion

Enfin, le récit n'est-il qu'une représentation du soin psychique ?

En est-il la forme aboutie ?

Ou représente-t-il l'essence même du soin psychique ?

Peut-être moins et plus que cela à la fois. Tout dépend de la place que nous lui donnons.

Je reste persuadé qu'il fait de nous, les soignants, des conteurs du quotidien.

Bibliographie :

1. Bettelheim B., « Psychologie des contes de fée », Robert Laffont, Paris 1976
2. Fèvre L., « Contes et métaphores », Chronique sociale, Lyon, 1999
3. Hochmann J., « La consolation », Odile Jacob, Paris, 1994
4. Propp V., « Morphologie du conte », Seuil, Paris, 1965

Entre pairs et repères, où se situe le soin psychique pour les adolescents en Hôpital de Jour ? Juin 2005

Regards croisés sur la question / CTJA / SUPEA

Tarja Cachelin, infirmière
Serge Rickli, ergothérapeute
Jacques Lauffenburger, éducateur

Le **CTJA**, Centre Thérapeutique de Jour pour Adolescents fait partie du **SUPEA** Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, il se situe à Lausanne, Av. de Beaumont 48.

Son équipe est pluridisciplinaire et se compose de médecins, de psychologues, d'éducateurs et éducatrice, d'infirmières, d'ergothérapeute, d'enseignants spécialisés de secrétaires et d'une femme de ménage. Des stagiaires complètent régulièrement l'équipe de base.

Le CTJA peut accueillir jusqu'à 18 adolescents de 12 à 18 ans du lundi au vendredi de 9h00 à 16h00, ceci à plein temps ou à temps partiel selon les programmes définis pour chaque jeune.

Le séjour du jeune au CTJA est d'une moyenne de 4 mois, son admission se fait sur indication médicale à la suite d'une demande d'un psychothérapeute, de la famille ou tout autre personne de l'entourage du jeune. Son accompagnement, lors de son séjour à l'hôpital, se fera à deux niveaux, d'une part au travers de sa participation à des activités sociales, créatrices et scolaires et d'autre part par une référence tripartite, assurée pour chaque jeune, par un médecin, un enseignant ou une enseignante et un membre de l'équipe soignante (éduc., inf, ergo.)

L'adolescence.

La période de l'adolescence se situe entre la période de latence et celle du jeune adulte, ce qui exprime bien ce tiraillement propre à l' adolescent qui

-d' un côté a peur de grandir et ainsi de quitter les bénéfices de l' enfance et
-de l'autre a un désir grandissant de se détacher de son milieu familial, entraînant souvent une culpabilité, en regard de son esprit de loyauté,.

Durant cette période, l' adolescent est également particulièrement émotif, vulnérable, hypersensible et influençable.

Il sera dès lors essentiel que le soin y soit adapté, avec une souplesse et une évaluation constante du cadre.

Avec toutes ces caractéristiques, l' adolescent peut-il être demandeur de soins? Ou alors, est- ce que le soin ne serait pas justement de l' amener à en être demandeur ...en d' autres termes de l' aider à prendre conscience de sa maladie, de ses difficultés et surtout de ses ressources, de tout ce qu'il est capable de faire et de lui faire accepter qu' il peut se donner les moyens de parvenir à ses objectifs?

Du moins, c'est ce que nous nous efforçons de mettre en place dans notre quotidien et que nous vous proposons d'imager par nos regards croisés.

Regards croisés.

Regard en ergothérapie.

En introduction, je dirai, de manière très schématique, qu'il y a pour moi en tant qu'ergothérapeute au CTJA, deux niveaux d'intervention différents :

a)-d'une part, les moments d'atelier « ergothérapie » formalisés deux fois par semaine durant lesquels des activités créatrices et manuelles sont proposées. Il s'agira par exemple de menuiserie, de poterie, de peinture, de gravure, de couture, de jardinage, de cuisine...

b)-d'autre part, les moments d'ateliers divers comme les contes, le sport, les jeux, la prévention, par exemple. Ce ne sont pas des moments spécifiques. Il s'agira pour moi d'intégrer ma spécificité d'ergothérapeute dans le déroulement de tels moments.

A ces deux niveaux, de nombreux moments apporteront des éléments de l'ordre du soin à l'adolescent et le déroulement de ces interventions aura pour finalité d'accompagner le jeune dans un processus évolutif avec des repères réguliers.

Ainsi, à l'atelier d'ergothérapie, le processus s'initialisera par une appropriation des lieux, une activité courte, simple dont le choix est laissé libre (voire suggéré en cas de non-idée de la part du jeune) sert d'appropriation réciproque. Il s'agit de laisser une porte d'entrée au jeune pour qu'il nous partage ses intérêts et ses envies, qu'il nous montre une partie de ses compétences et que nous puissions initialiser un processus en partenariat.

A son niveau, l'atelier d'ergothérapie favorisera une approche centrée sur le client, justifiée à une période où le jeune a besoin de trouver une place, de se forger une identité et de devenir acteur de sa vie.

Une fois cette approche terminée, il s'agira pour nous de remplir avec le jeune un questionnaire dans lequel il s'auto-évaluera au niveau de ses capacités physiques (habilité, motricité, rapidité,...), d'apprentissage (concentration, mémoire, compréhension, organisation,...), d'intégration sociale (respect du cadre, expression des émotions, de l'humeur, coopération,...) puis de tendre aux objectifs énoncés, au travers de l'activité choisie et des possibilités de l'atelier. Une exploration des activités passées, actuelles et à venir permettra de mettre en perspective l'intervention du moment et de l'intégrer non seulement dans l'ici et maintenant mais aussi dans un processus chronologique, évolutif et qui ait du sens.

Cette évaluation du début terminée, c'est ensuite la réalisation de l'activité en elle-même et une observation régulière qui vont servir à une réadaptation progressive. L'activité servira de support pour travailler avec le jeune à de nombreux niveaux :

- par un travail sur une prise de conscience de ses difficultés et de ses ressources, le jeune pourra reprendre progressivement confiance en lui et, dans une certaine mesure, apprendre à nuancer ses positions en fonction des résultats obtenus ou de la bonne réalisation des étapes de son travail.
- en variant le soutien, l'aide ou les exigences, il sera possible de reprendre un processus dynamique.
- dans une activité de type créatrice, il y aura pour certains une situation moins impliquante à première vue que lors d'un entretien. L'activité sera médiatrice ou « facilitatrice » et offrira des enseignements, pour le jeune comme pour nous-

mêmes, sur la manière de chacun de s'organiser, de mobiliser son attention, d'exprimer son intérêt ou ses émotions ou encore de s'intégrer au groupe par exemple.

-ces observations régulières et discutées pourront permettre de faire le lien entre ces moments particuliers et la situation globale du jeune. Régulièrement, nous échangerons avec lui sur les concordances entre ces deux espaces autant dans les lacunes observées que dans les compétences mobilisées.

-le soin donné par une approche centrée sur une activité analysée, préparée et définie en amont donnera aussi au jeune un espace sécurisé pour communiquer par un autre biais que le canal verbal. Sa création ou le niveau de réalisation atteint seront parfois tout autant parlant que des mots ! Il est bien clair que dans un deuxième temps l'échange sur ce qui a été fait, sera favorisé et l'expression verbale servira de pont entre le travail personnel et sa présentation aux autres.

-le partage de l'espace de l'atelier et des « créations » qui s'y réaliseront avec les autres jeunes sera là également pour offrir une multitude de modèles partagés entre jeunes, initialisés ou repris par les adultes (par exemple, une activité proposée par un jeune qui donne envie à un autre, un retour positif donné à un jeune par un autre, le renforcement d'une attitude observée par un adulte redonnée au groupe,...).

finalement, le travail en ergothérapie servira à améliorer la meilleure congruence entre ce que le jeune dit et ce qu'il fait.

En résumé et dans l'idée de faire émerger la spécificité de l'ergothérapie, les éléments suivants seront utilisés et serviront de supports l'accompagnement : l'analyse (par fonctions, par domaines,...) et l'évaluation de l'activité, l'initialisation et l'intégration d'un processus pédagogique, l'observation de manière active et ciblée des capacités motrices, d'apprentissage ou d'intégration sociale, la promotion de la créativité et l'aide à trouver des stratégies d'action.

Regard infirmier.

Pour mettre en images le soin au CTJA, j'ai choisi de présenter le Groupe Prévention. Dans cette activité, où sont abordés avec les adolescents des sujets en lien avec la santé et leurs habitudes de vie, les infirmières ont un rôle d'information et de conseil. Elles s'intéressent aux habitudes de vie de chacun et adaptent leur information autour de sujets les concernant directement.

Ce n'est pas parce qu'ils sont directement concernés par un sujet que cela les motive forcément à participer. Une des premières consigne qui sera donnée aux

jeunes sera de rester tranquilles, à l'écoute et concentrés à l' image d' une attitude acceptable en classe.

Le soin c'est alors de leur montrer où est la norme. Ce qui est acceptable ou demandé en classe au CTJA par rapport à une classe réelle. Les exigences ne sont pas les mêmes.

En prévention, certains sujets restent délicats et les adolescents, peu avides de recommandations ne sont pas toujours prêts à remettre en question leurs habitudes. Par exemple autour de leur consommation de cannabis, de jeux vidéos, d' internet... ils ont une nette tendance à banaliser ce qu' il ne considèrent même pas toujours comme un risque.

Ils sont jeunes, se sentent pour la plupart en bonne santé et ne voient pas le problème.

Il est donc important de leur expliquer où se trouvent les limites et pourquoi il y en a. Parfois leur parler de notre expérience, par là, en parfois être un modèle. C'est au travers d'un lien de confiance qui s' établit peu à peu que le dialogue peut commencer à exister.

Parler devant les autres est délicat pour certains, pour d'autres, c'est l' occasion de raconter toutes leurs expériences. Les adolescents ne se rendent pas toujours compte des risques qu'ils prennent et le modèle de l'autre peut leur permettre d' en prendre conscience.

Les expériences des uns apportent des informations aux autres, bonnes ou mauvaises, et c'est là que l'infirmière a aussi un rôle de modérateur à jouer. Elle leur donnera une ligne de conduite qui visera à limiter les dangers pour la santé et les mauvaises habitudes de vie, en quelque sorte, elle leur donnera l' exemple d' un adulte responsable auquel ils pourront s' identifier.

Par la lecture de textes ou articles, souvent à haute voix, ils sont rendus attentifs aux problèmes de société actuels et ils sont amenés à se forger une opinion et à travailler l' argumentation et le débat. Dans des jeux de rôle, ils se mettent dans la peau d' un autre et apprennent également à défendre une opinion différente.

Dans cet atelier, elle cherchera à les valoriser en les aidant à prendre conscience de leurs ressources.

Elle les aidera à recommencer si nécessaire et les soutiendra dans leur démarche afin qu'ils ne laissent pas tomber.

En participant au groupe Prévention, les jeunes sont amenés à accepter d'écouter une autre personne, à respecter son opinion et ne pas lui couper la parole. Ce qui n'est pas une chose aisée en soi pour des adolescents.

Pour conclure, j'ajouterai qu'en dehors du groupe Prévention, le soin infirmier au CTJA c'est aussi notamment :

Informé autour de la maladie, des traitements

Administrer les traitements et veiller à la compliance

L'observation des symptômes

Dosages et examens de labo divers

Etre à l'écoute des douleurs en tous genres, qui cachent parfois d'autres douleurs.(bobologie)

Etre un interlocuteur privilégié autour des problèmes de santé

Regard éducatif.

L'intervention éducative passe par la rencontre intersubjective et le « faire avec »

L'éducateur, en tant que membre de l'équipe soignante, participe dans une synergie à la prise en charge du jeune, prise en charge qui répond à la mission institutionnelle. Mission qui consiste à mettre œuvre la réalisation de traitements psychothérapeutiques, permettre et accompagner l'insertion scolaire, sociale et familiale de ces jeunes patients afin de développer et/ou préserver les acquis.

Une des spécificités de l'éducateur, est d'être au quotidien et dans ce quotidien avec le jeune. Ceci va permettre d'établir une relation dont dépendra en partie la qualité des interventions. L'avantage d'être au quotidien se traduit non seulement par une confrontation directe aux symptômes que présente le jeune, mais aussi à pouvoir identifier l'existence de ses ressources qui vont servir en définitive de médiateur entre la problématique de ce jeune et les exigences sociales.

En second lieu, le « faire avec » nécessite lui aussi un médiateur, en l'occurrence une activité partagée qui va permettre une métacommunication et venir ainsi renforcer la relation intersubjective qui ne s'enferme pas uniquement dans le jeu de la parole, exercice parfois difficile pour les adolescents.

D'où l'importance des gestes, mimiques, graphisme dans la communication qui font partie de la vie de relation, de notre façon d'être au monde, comme autant de points de repère conscients ou inconscients.

La plus part du temps les jeunes qui arrivent au CTJA ont vécu une période d'inactivité et de retrait social qui a interféré négativement sur leur estime d'eux-mêmes et sur bon nombre de repères identitaires. Si certaines bases de l'identité sont acquises (corps espace, temps, causalité), les relations d'objet sont précaires et la notion d'altérité parfois relative d'où l'importance pour ces jeunes d'avoir en face d'eux le témoignage d'éducateurs et d'éducatrices, à comprendre ici en terme générique, sachant se situer dans leurs valeurs, dans leurs fonctions, dans leur sexe, dans leurs relations homme-femme, dans leurs motivations, ceci d'autant plus que les projections sur ces personnes sont intenses, à la fois en désir d'amour et en hostilité.

L'éducateur n'a pas seulement une relation individualisée, mais il est également en relation avec des groupes ou des sous-groupes qui permettent la découverte des différences et des similitudes entre les participants, ce qui va contribuer à la prise en compte de l'autre en tant qu'individu, semblable et en même temps différent de soi. Cette contribution favorise le sentiment d'appartenance et suscite l'envie de créer en commun. L'éducateur a ici différents rôles, qui vont de l'émulation à la modération, de celui d'être un régulateur et parfois même d'un médiateur.

L'utilisation des activités permet de développer en premier lieu un ensemble de potentialité qui vont contribuer à ce que le jeune puisse avoir un autre regard sur lui-même, lui donner des habiletés sociales et renforcer ses acquis.

En second lieu, elles vont faire office de cadre temporel : un début et une fin entre lesquels se déroule l'activité, d'un contenu : l'essence de l'activité, d'un contenant : qui canalise et dirige l'impulsivité, qui permet d'avoir des repères concrets, de pouvoir changer des pulsions destructrices en actes plus adaptés et surtout plus créatifs, et aussi parfois de pouvoir gérer des frustrations et d'en prendre l'ascendant.

L'éducateur doit être garant de ce cadre au travers de ces différentes activités qu'il anime ou auxquelles il participe.

L'éducateur est aussi pour finir un trait d'union entre l'institution et l'extérieur, que ce soit la famille, d'autres professionnels engagés dans la prise en charge, ou simplement l'immersion dans notre environnement social.

Pour terminer avec l' aspect éducatif, je dirais que les spécificités de l' éducateur au CTJA sont l'analyse et la gestion de la dynamique de groupe, garantir la mission institutionnelle, créer un cadre qui délimite le champ d'action, l' observation directe du comportement sur les plans micro et macro social, le faire-avec.

En conclusion, nous ajouterons que l' objectif majeur des prises en charge, qui cherche à être atteint au travers de toutes les activités proposées au CTJA est d' amener ces jeunes à acquérir une meilleure habileté sociale et de les aider dans leur processus d' autonomisation.

Toutefois, le soin reste difficilement définissable.

Son sens. c'est certainement celui que nous allons y mettre. Il sera thérapeutique ou pas selon le moment ou le parcours du jeune. Il va se reposer sur une équipe pluridisciplinaire et c'est la synergie entre un travail de référence et une pluridisciplinarité qui va faire exister le soin psychique au CTJA.

Journée vaudoise des pratiques soignantes en psychiatrie 2007

« Culture et soins »

« Introduction à la journée , Scènes de soins et d'ailleurs »

p.26

Raymond Panchaud , texte de Richard Simon

« Entretien infirmier en milieu psychiatrique et paradigmes culturels.

P.30

L'influence de notre propre culture»

Secteur Nord, Susuri Khadija, Enrica Leresche, Enzo Ros

« Migration :patient en crise-équipe en crise»

p.40

Secteur Est, Martine Roch

«Le bruit , l'Odeur et les petits papiers»

Secteur Centre ; Boris Pourré ;Claude Robert ; Bruno Clément ;Didier Camus

Texte paru dans L'Ecrit N°59 (2008)

Introduction

Scènes de soins d'ailleurs

Raymond Panchaud

Extrait du texte Richard Simon

« En introduction, je vais vous raconter l'origine, l'histoire et l'organisation d'un temple indien qui s'est, au cours des millénaires, spécialisé dans le traitement des désordres psychiques et physiques causés par des esprits malins. Je me baserai pour cela sur la description faite par Sudhir Kakar dans son ouvrage : *Chamans, mystiques et médecins* (Enquête psychologique sur les traditions thérapeutiques de l'Inde¹).

L'histoire se passe en Inde, plus précisément à environ 400 km au Sud de Delhi, à Mehndipur (accessible en car depuis Bharatpur). Il s'agit de l'histoire de Balaji.

Le mythe :

En résumé, cette histoire se déroula sur des millions d'années. Balaji est issu d'une relation forcée entre Anjana qui avait une apparence simiesque et Vayu, le Dieu des vents. Après avoir fait de grandes bêtises, comme celle de vouloir manger le soleil pour calmer les tourments de la faim, Balaji a été jeté sur terre par Indra, Roi des dieux.

Son père, fâché de ce qui arriva à son fils se retira dans une caverne, et avec ce retrait toutes les fonctions du souffle, comme le vent et la respiration s'arrêtèrent. Tous les dieux vinrent implorer son pardon et donnèrent tous leurs pouvoirs à ce fils turbulent comme celui de ne jamais ressentir la peur. Paré de tous ces pouvoirs les dieux commencèrent à venir lui raconter leurs misères. Un jour, il y a mille ans, un prince fut assassiné à l'endroit où se trouve actuellement le temple. Son esprit (preta) était aux prises avec les mauvais esprits : Les bûtha-preta. C'est en voyant cela que Balaji fut touché par les tourments que vivaient les hommes lorsqu'ils étaient confrontés aux bûtha-preta. Il leur ouvrit donc son audience et après être apparu en songe à un prêtre, ce dernier fit bâtir un temple pour soigner les personnes troublées, entre autres, par les bûtha-preta, le temple de Balaji.

¹ Kakar, Sudhir (1997) : *Chamans, mystiques et médecins. Enquête psychologique sur les traditions thérapeutiques de l'Inde*. Paris, Seuil. Voir aussi du même auteur : « Moksha, le monde intérieur » (Belles Lettres, 1985) et « la folle et le saint » (avec Catherine Clément, Coll. Champ freudien, Seuil, 1993).

Le temple:

1000 ans plus tard, aujourd'hui. Dans le temple règne une grande agitation : les animaux sacrés, comme le chien, y gambadent librement, les odeurs des offrandes, les chants, les mantras. Tout cet ensemble crée un climat particulier. Tous les sens sont mobilisés.

Le temple promet le soulagement rapide de plusieurs afflictions parmi lesquelles « les obstacles dressés par les bûtha-preta [esprit maléfique], la folie, l'épilepsie, la tuberculose, la stérilité et autres maladies »². Dans la culture hindoue, ceux qui sont plus susceptibles d'être possédés par des bûtha-preta sont : « les impuissants, les lubriques, les veufs de fraîche date, ceux qui ont perdu leur fortune, les fils, et les frères de prostituées, les condamnés, les oisifs, ceux qui ruminent sur l'inconnaissable, ceux qui s'empiffrent et ceux qui jeûnent... [par contre], les hommes intelligents et éduqués, les femmes intelligentes et en bonne santé sont épargnées par les esprits ».

La personne atteinte par un bûtha-preta, se trouve souvent isolée, parce qu'être atteint représente souvent un stigmate, une sorte de lèpre du caractère qui creuse un fossé entre l'individu, les membres de son groupe et la communauté élargie. L'ensemble des rituels visent donc à relier l'individu avec des forces présentes en lui et dans son entourage pour contrecarrer des sentiments plus ou moins conscients de désespoir, de honte, de culpabilité et de confusion dans lesquelles « s'enchâsse » la maladie (122).

Les 5 facteurs qui interviennent dans la guérison :

- 1) La maladie a débuté avec des symptômes physiques et mentaux : le patient a épuisé tous les recours locaux (médecins, guérisseurs), avant d'envisager un **pèlerinage** vers le temple de Balaji. C'est en quelques sortes la dernière chance et cela signifie que ce qui touche le patient est grave. Le patient est donc passé d'une métaphore médicale de la maladie à une métaphore religieuse et spirituelle de la progression du pèlerin vers l'intégrité. Le patient devient actif dans son processus de guérison car il faut venir temple dans « un esprit d'humilité, de foi et de dévotion ».
- 2) **L'espoir** en la guérison qui est puissamment renforcé par les récits d'anciens patients. Se forme alors une sorte de culture dans le lieu de soins sous la forme d'une communauté de Balaji. Il circule des récits de

² On voit qu'ils établissent une distinction entre folie et obstacles causés par les BP. On peut voir également que la maladie somatique et psychique est prise, par certains aspects, sur le même plan.

guérisons, une exaltation des pouvoirs des guérisseurs. Certains patients reviennent pour des fêtes, apporter des offrandes. Une sorte de continuité des soins.

- 3) **L'intégration et l'implication des proches.** Une des règles veut, en effet, que le patient ne puisse séjourner au temple que si un des membres de sa famille reste avec lui, pour prendre soin de lui.
- 4) **Règlement :** se mettre dans un état de pureté avant toute requête aux divinités : célibat, interdiction de l'usage d'épices, d'oignons, d'ail, un bain quotidien le matin et le port d'un vêtement propre à chaque fois qu'il entre dans un temple.
- 5) **Formations de groupes de famille** qui abordent la question de leur Sankat, c'est-à-dire leur détresse. La maladie prend alors une autre tournure, elle commence à faire moins peur et est intégrée dans le fonctionnement familial.

A Balaji, le traitement se passe en trois étapes :

On pourrait, d'une certaine manière considérer le traitement comme un combat contre le bûtha-preta. Tout le monde s'y engage. Les prêtres, représentent une sorte d'intermédiaire entre les divinités et les patients et leur famille.

- A) 1^{ère} étape : **L'ASSIGNATION :** Le patient présente une offrande de riz qu'il doit payer lui-même. Ce rituel se déroule trois fois par jour (matin, midi et soir). C'est le prêtre qui présente ces offrandes à l'idole et qui ensuite les ramène au patient pour qu'il les mange. On pense ainsi que le patient ingère par la même, le pouvoir de Balaji qui force le Bûtha-preta à apparaître en chair et en os (Peshi).
- B) 2^{ème} étape : **LA PETITION :** Le prix des offrandes augmente, c'est quand l'esprit ne se manifeste pas. La famille quant à elle récite des mantras, chante des invocations, transverse de l'eau d'un contenant à un autre afin de la chargée d'une énergie divine.
- C) 3^{ème} étape : **la COMPARUTION :** Le patient est pris dans une sorte de transe, une sorte de dissociation qui commence par un balancement rythmé du buste. Des mouvements violents latéraux de la tête sont les indices les plus sûrs de la COMPARUTION. Il s'agit, selon Kakar : « d'une explosion d'agressivité refoulée et d'une rare rébellion contre les normes et les mœurs inhibitrices d'une société hindoue conservatrice dont les dieux sont les représentants les plus évidents »³.

³ On pourrait presque se croire dans une salle de cours de Charcot recevant ses patientes hystériques. Le rapport entre hystérie et possession est un grand débat. Se trouve également mis en scène le « mythe de la passivité » que l'on peut observer dans un grand nombre de cultures, mais avec des teintes différentes : « Je suis le véhicule passif des dieux, du diable... », « Ce ne sont pas mes propres désirs qui me font agir de la sorte ». Une victime des astres et de la société mais pas de son inconscient (A voir Sudhir Kakar et Catherine Clément : la folle et le saint, 1993).

Le traitement se termine par une cérémonie durant laquelle une plaque avec le nom du bûtha-preta est accrochée sur la montagne surplombant le temple.

Alors que se passe-t-il lorsque nous accueillons chez nous des patients ayant baigné dans une interprétation de la souffrance (que nous nommons) « psychique » de ce type. La question de la représentation prend toute sa dimension. La scène du soin devient la scène d'une répétition de l'histoire du patient qui s'est passée dans un ailleurs avec d'autres protagonistes, mais qui se réactualise dans les relations qu'il instaure avec nous. Différents temps s'entremêlent alors, nos scènes de soins des scénarios venus d'ailleurs demande un certain nombre d'aménagements.

Se pencher sur ce qui se passe dans ces ailleurs peut aussi nous aider à penser nos soins. Avec des patients venant de ces « autres » modèles de soins, bercés par d'autres étiologies, nous ne pouvons pas faire l'économie d'aller les interroger et de nous interroger. Cette décentration peut nous permettre de réfléchir à nos propres représentations. Cet éloignement culturel et sa lecture de type ethnologique permettent, en miroir, de prendre conscience de ce que nous faisons de façon quasi automatique. Cet éloignement peut également nous rendre plus attentif et peut-être également plus soigneux envers tous ces moments non-spécifiques et interstitiels des soins qui en constituent la substantifique moelle ».

Richard Simon
Psychologue - psychothérapeute
Fondation de nant

Entretien infirmier en milieu psychiatrique et paradigmes culturels. L'influence de notre propre culture.

Susuri Khadija
Enrica Leresche
Enzo Ros

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Selon Hildegard E. PEPLAU: « les soins infirmiers constituent une démarche interpersonnelle et souvent thérapeutique qui comprend des actions qui requièrent la participation de deux personnes ou plus, personnes qui tirent parfois profit de telles interactions ». Nous pouvons remarquer que Hildegard E. PEPLAU considère la démarche de soins comme étant « souvent thérapeutique », ceci en lien avec un certain nombre de pré-requis. Hildegard E. PEPLAU décrit ensuite cinq types de rôles au sein de cette démarche :

1. Rôle de l'étrangère
2. Rôle de personne ressource
3. Rôle éducatif
4. Rôle des fonctions de leader en soins infirmiers
5. Rôle de substitut

Si nous nous attardons sur le rôle de l'étrangère, Hildegard E. PEPLAU énumère deux principes qui nous intéressent plus particulièrement pour ce travail :

- Accepter le patient tel qu'il est
- Traiter le patient comme un étranger émotionnellement sain jusqu'à preuve du contraire

Nous pouvons donc considérer que Hildegard E. PEPLAU met l'accent sur le principe de « feuille blanche » ou de « regard neuf » de la part du soignant. Ceci implique que le rôle de soignant et sa vertu thérapeutique dépendent directement de la capacité du soignant à se connaître soi-même, ainsi que son rôle de soignant, mais également sa capacité à identifier les émotions et réactions qui sont liées à sa propre culture.

LA CULTURE, LES VALEURS ET LES CROYANCES

CULTURE:

Si nous essayons de nous arrêter un peu sur le concept de culture, Géza ROHEIM disait que « La culture est l'ensemble de connaissances et de comportements (techniques, économiques, rituels religieux et sociaux...) qui caractérisent une société humaine » et qu'il « n'existe pas d'humain sans culture ». Nous pouvons donc aisément considérer que la culture fait partie de l'être humain, aussi bien au niveau de ses connaissances qu'au niveau de sa manière d'être au monde.

LES VALEURS:

Pour ce qui est des valeurs, Guy ROCHER en donne une des définitions suivantes : « Une valeur est une manière d'être d'une personne ou d'une collectivité, reconnue comme idéale et qui rend désirables ou estimables les êtres ou conduites auxquelles la valeur est attribuée ».

LA CROYANCE:

Concernant la ou les croyances, une des définitions intéressante consiste à dire que « La croyance est un état mental qui consiste à considérer qu'une certaine représentation de la réalité est vraie (...), ses gardes fous étant l'esprit critique et l'humour ». La croyance a donc un lien direct avec ce que chacun d'entre nous considère comme étant vrai.

LA CULTURE DANS LES SOINS OU L'INFLUENCE DE NOTRE PROPRE CULTURE DE SOIGNANT

Voici quelques principes qui sont au cœur de la prestation de soins adaptés à la culture:

- Chacun(e) d'entre nous appartient à une culture.
- Notre culture infirmière est influencée par des croyances personnelles et des valeurs propres à notre profession.
- La réaction aux différences culturelles est souvent instinctive et agit sur la dynamique d'une relation
- Pour pouvoir prodiguer des soins appropriés, nous devrions être conscients de notre propre culture et celle de notre profession

En résumé, nous avons tous et toutes acquis des croyances, des valeurs et des préjugés précis qui forment notre vision du monde et des gens qui peuvent influencer nos réactions de soignant, qui peuvent biaiser notre interprétation de la situation, au point que le patient ne bénéficiera plus du regard neuf ou « feuille blanche » dont parlait Hildegard E. PEPLAU.

ENQUÊTE INTERNE

Pour illustrer les considérations théoriques que nous venons de voir, en particulier celles concernant l'influence de notre propre culture de soignant, il nous a paru intéressant de faire une petite enquête sur le terrain, limitée au personnel infirmier des unités psychiatriques du Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois par le biais d'un questionnaire.

QUESTIONNAIRE

Pour ce faire, nous avons élaboré 10 questions ouvertes. Nous avons opté pour ce type de question afin de favoriser la richesse des réponses et la mise en évidence des perceptions et croyances des soignants. Sur 30 questionnaires distribués, 13 personnes ont répondu.

ANALYSE

Dans un premier temps, les réponses ont été répertoriées de manière à constituer des catégories, ceci pour chaque question. Dans un deuxième temps, à partir des catégories établies, nous avons pu faire émerger trois grands groupes de réponses :

- a) L'expression du patient
- b) La réflexion, l'analyse et le questionnement infirmier
- c) L'influence de notre propre culture

De plus, les 5 premières questions avaient pour but de projeter le soignant dans une mise en situation pratique (axe 1)

Alors que les 5 dernières permettaient de mettre en évidence ce qu'il pense théoriquement de sa pratique (axe 2)

L'analyse globale a donc été élaborée en comparant les axes de réponse 1 et 2 pour chacun des trois groupes de réponse a),b),c) (cf. tableaux « Analyse globale » page 10).

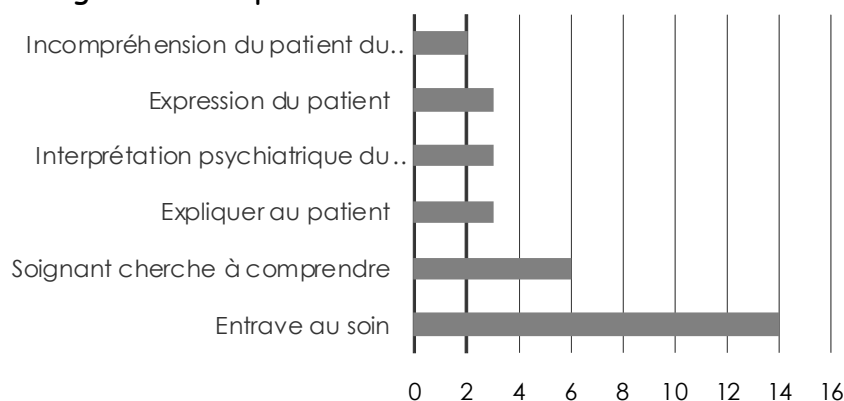
Ceci nous a permis de comparer chaque groupe de réponse dans ces deux axes afin de voir s'il existe un écart entre ce que le soignant ferait sur le terrain et ce qu'il pense théoriquement de sa pratique. De cette manière nous avons espéré mettre en évidence de quelle manière notre culture (personnelle ou professionnelle) influence le soin et empiète sur cet espace neuf dont le patient devrait pouvoir bénéficier.

Q1 Un patient rwandais arrive dans le service. Il est en Suisse depuis 4 semaines, pris en charge par la FAREAS. Il ne parle pas français. Il a été amené par la police après avoir frappé un autre requérant au centre d'accueil. Le médecin a prescrit du Temesta en attendant un interprète.

Qu'est-ce qui selon vous risque d'être le plus difficile durant la prise en charge, s'il ne parle pas la même langue ?

But de la question : Comment le soignant va-t-il communiquer avec un patient qui ne parle pas la même langue, dans un contexte d'entrée tendu.

Catégories de réponses

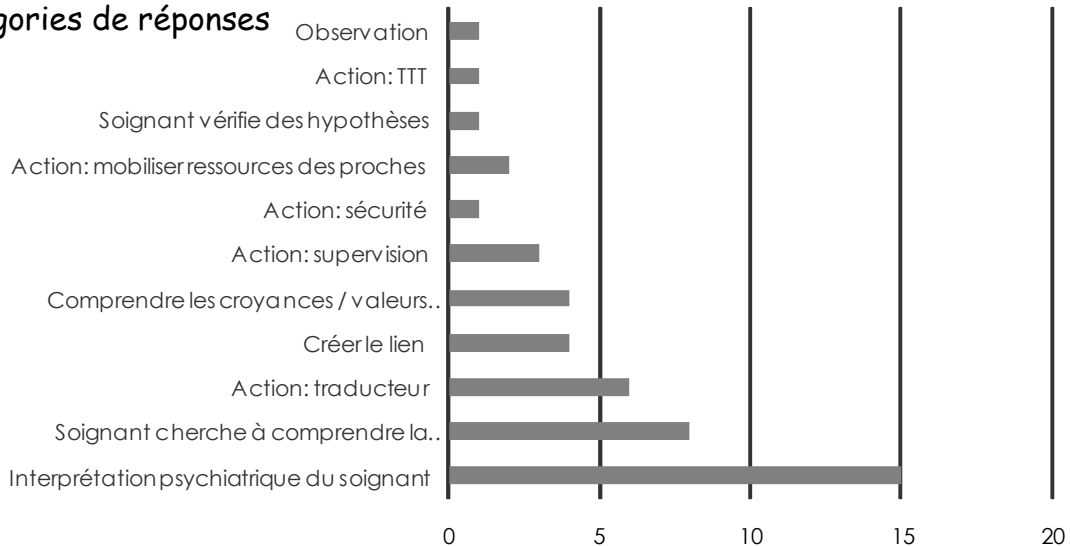


Q2 Un patient bosniaque, plutôt tendu et nerveux, est dans le service depuis trois jours. Il est irritable et fuit le contact avec les autres (patients + soignants). Il parle très peu, refuse de manger, ne veut pas prendre ses médicaments.

A quoi pensez-vous? Que faites-vous ?

But de la question : Mise en situation avec un patient bosniaque musulman qui fait le ramadan, d'où les différents signes et symptômes, afin de percevoir si l'hypothèse culturelle apparaît ou si le patient est "interprété" par le biais de notre regard imprégné de culture soignante psychiatrique.

Catégories de réponses

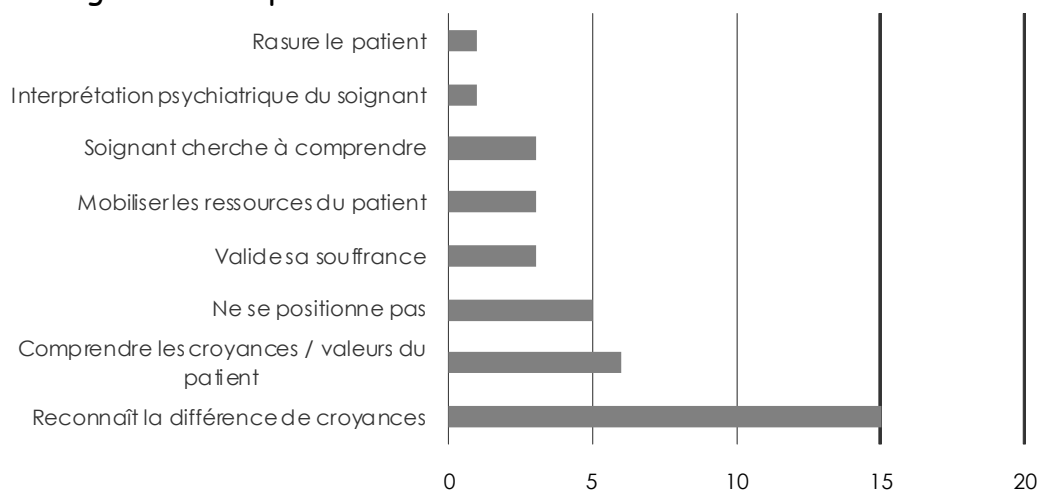


Q3 Un patient camerounais arrive au CPNVD accompagné par l'assistante sociale de la FAREAS. Durant l'entretien d'admission, il vous explique qu'il a très peur, et pense qu'une personne de son village lui a jeté un mauvais sort. En sortant de l'entretien il vous répète cela et vous demande ce que vous en pensez.

Que lui répondez-vous ?

But de la question : Le soignant fait-il la différence entre sa propre culture et celle du patient et par la suite de valider la souffrance du patient ?

Catégories de réponses

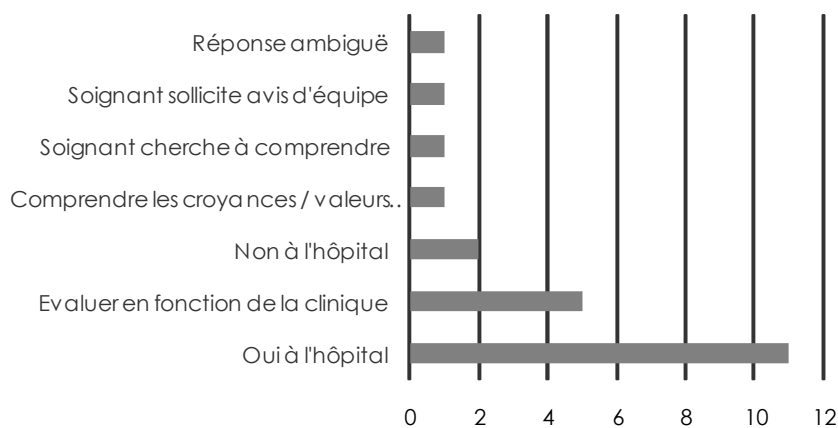


Q4 Un patient sri lankais qui a décompensé sur un mode psychotique est dans le service depuis presque un mois. Alors que les symptômes psychotiques disparaissent peu à peu, il vous explique qu'il est inquiet de ce qui lui est arrivé, et qu'il connaît un religieux hindou qu'il aimerait pouvoir inviter au CPNVD pour qu'il puisse s'entretenir avec lui.

Que pensez-vous de cela ?

But de la question : Le soignant va-t-il interpréter la demande du patient uniquement en fonction de critères psychiatriques ou va-t-il laisser une place à la culture du patient sans qu'elle fasse forcément partie des symptômes?

Catégories de réponses

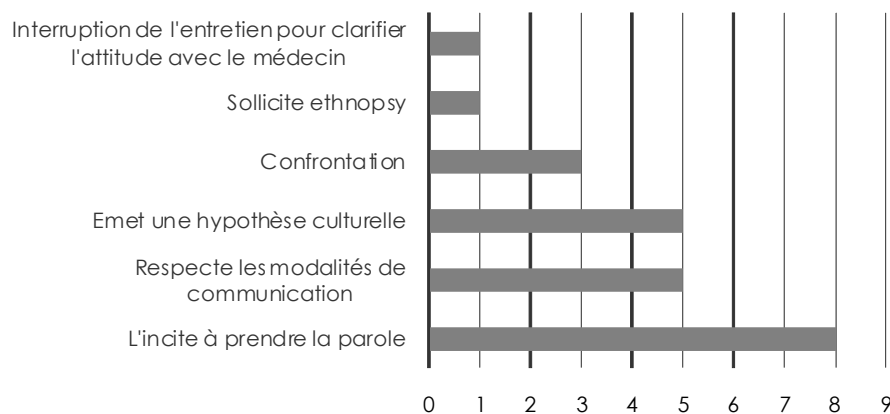


Q5 Une femme somalienne est hospitalisée depuis 2 mois. Durant un entretien de couple, la femme reste très en retrait et laisse son mari parler et répondre aux questions durant presque la totalité de l'entretien alors que d'habitude elle est plutôt assez ouverte et s'exprime volontiers. Vous connaissez la patiente depuis le début de son hospitalisation alors que le médecin assistant ne la connaît que depuis quelques jours.

Que faites-vous durant l'entretien ?

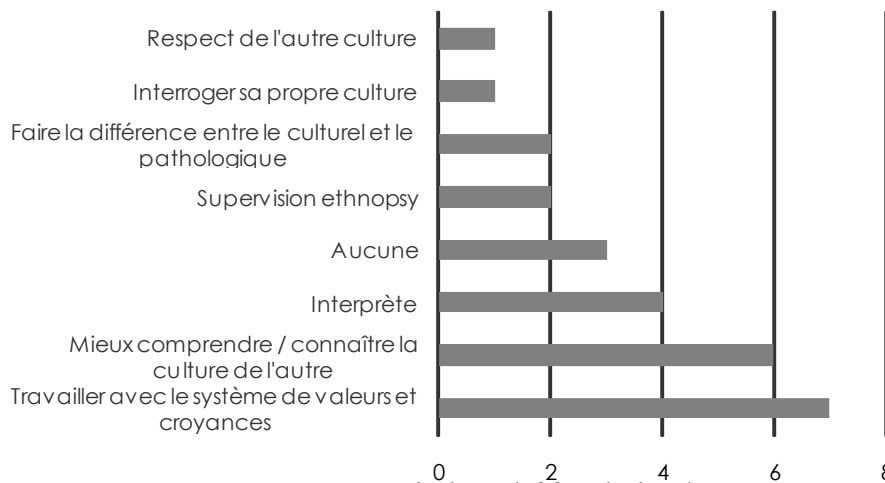
But de la question : Le soignant va-t-il agir en fonction de sa propre culture, ou alors tenir compte des modalités de communications à l'encontre de ses propres valeurs (liberté d'expression) durant un entretien.

Catégories de réponses



Q6 Quelles sont vos attentes dans les soins à une personne d'une autre culture ?

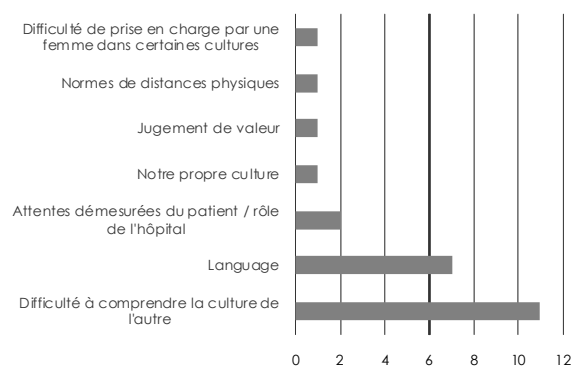
Catégories de réponses



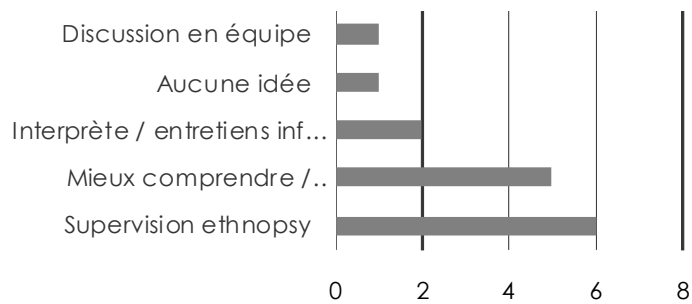
Q7 Avez-vous rencontré des difficultés dans votre pratique infirmière face à un patient d'une autre culture ?

Toutes les personnes interrogées ont répondu OUI à cette question

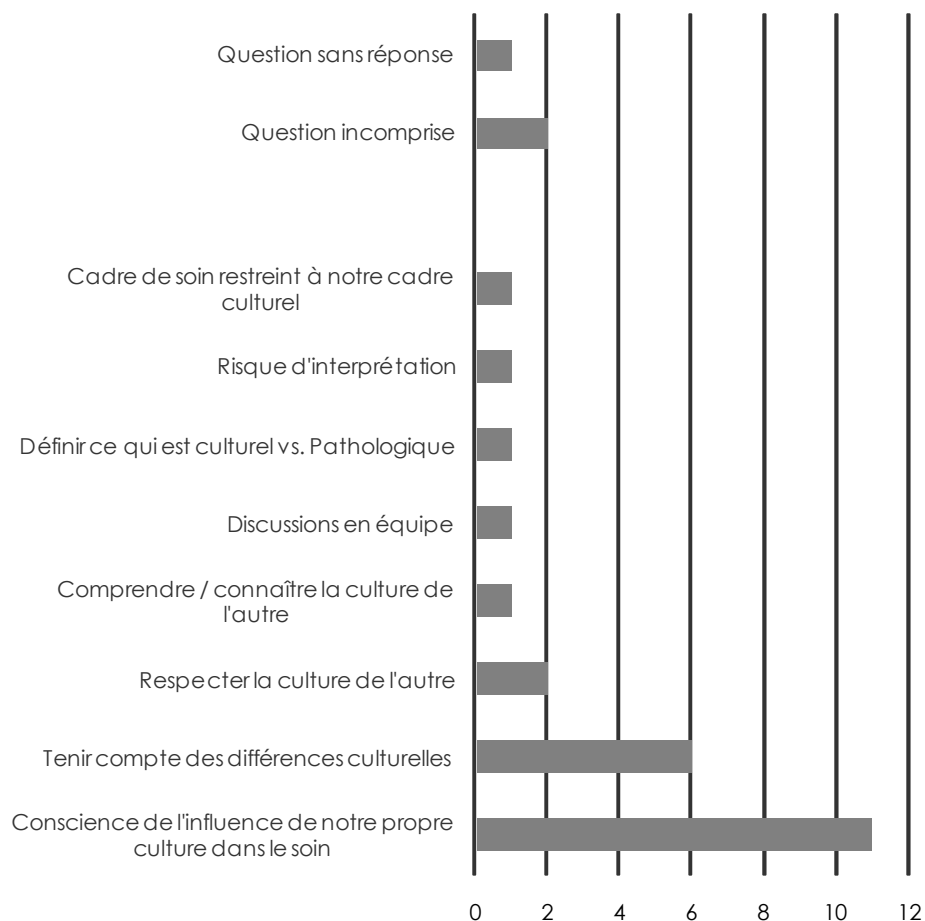
Q8 Si oui lesquelles ?



Q9 De quoi auriez-vous besoins pour les surmonter ?

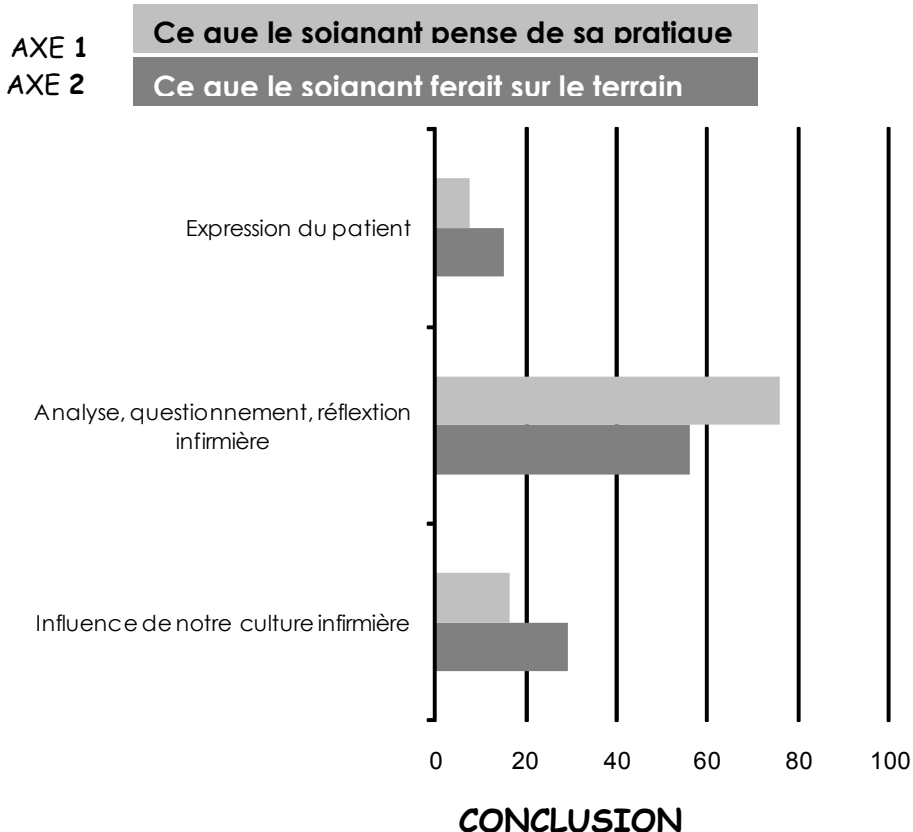


Q10 A quoi pensez-vous que le soignant devrait être attentif en lien avec sa propre culture, lorsqu'il exerce en ethnopsychiatrie ?



ANALYSE GLOBALE

(en %)



Cette analyse du questionnaire nous a permis les constatations suivantes :

- « L'expression du patient » est plus importante dans les mises en situation.
- Il y a plus de « questionnement/réflexion/analyse » dans ce que le soignant dit, que dans ce qu'il ferait quand nous le mettons en situation.
- « L'influence de notre propre culture » est plus importante dans les mises en situation que dans la vision que le soignant a de sa pratique.
- Une partie de l'influence de notre propre culture est inconsciente (cf. tableau)

Nous pouvons donc considérer que le regard nouveau sur le patient nécessite du travail sur soi-même et en équipe, étant donné que notre culture nous influence même sans que nous en soyons conscients. Les considérations de Hildegard E. PEPLAU pour un soin idéal méritent que nous nous y arrêtions en interrogeant notre pratique et en prenant conscience de l'ampleur de nos réactions « innées » dans les soins. Réactions qui ne sont pas forcément néfastes en tant que telles, pourvu qu'elles entrent dans notre champ de conscience afin que nous soyons capables d'en faire quelque chose de défini et de thérapeutique dans le soin apporté à l'autre.

COMMENT TRAVAILLER L'INFLUENCE DE SA PROPRE CULTURE DANS LES SOINS ????

PROPOSITIONS

Les propositions émanent également des réponses au questionnaire:

- **Supervisions ethno-psychiatriques**
- **Interprètes**
- **Avoir plus de connaissances des différences culturelles**
- **Solliciter un regard extérieur axé sur prise de conscience de sa propre culture**

A noter que les Supervisions ethno psychiatriques et le recours aux interprètes sont déjà instaurés au Secteur Psychiatrique Nord.

AUTRES PROPOSITIONS: ???

« Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques j'apprends. »

Benjamin Francklin

« la seule manière de protéger sa culture, c'est d'accepter de la mettre en danger. »

Paul Andreu

« La culture, c'est ce qui demeure dans l'homme lorsqu'il a tout oublié »

Edouard Herriot

« Pour pouvoir soigner quelqu'un,
Je dois me connaître.
Pour pouvoir soigner quelqu'un,
Je dois connaître l'Autre.
Pour pouvoir soigner quelqu'un,
Je dois jeter un pont entre nous. »

Jean Watson
(Citée par J. Anderson, IA, 1987)

« Migration : patient en crise - équipe en crise »

Martine Roch, Secteur Est

Pourquoi ce titre ?

Je travaille comme infirmière dans un service d'admission de psychiatrie aiguë. Nous y accueillons tout type de patients et de plus en plus de patients migrants en crise et pour lesquels un traitement hospitalier est indiqué. Souvent, ils arrivent chez nous pour des idées suicidaires voire ont déjà effectué un passage à l'acte, notamment dans le contexte d'une menace de renvoi.

La crise qu'ils vivent dans ces moments d'hospitalisation est évidente, mais en même temps, l'équipe soignante vit aussi cette crise.

Nos repères sont chamboulés, nous nous trouvons dans la même situation que le patient migrant dans un lieu étranger : il nous faut alors apprendre à nous confronter à l'inconnu ; nos habitudes de travail, nos repères sont alors mis à mal. Nous devons réapprendre, composer avec des éléments nouveaux.

Cela peut être motivant ou inquiétant, mais en tout cas, ça ne laisse aucun soignant indifférent.

En 2003, sur la totalité des admissions à l'hôpital de Nant, 20% des patients étaient étrangers. En 2006, nous sommes passés à 38%.

Tous les patients étrangers n'ont pas un souci de statut, mais ils sont tous dans un processus de migration choisie ou non, bien vécue ou non.

Ils sont dans un mécanisme de perte d'identité, ils n'appartiennent plus à leur pays d'origine, et ni à leur pays d'accueil.

Que deviennent leurs valeurs, leurs repères dans un nouvel environnement ? Ils ont parfois le sentiment d'arriver dans un milieu hostile, il est alors important d'instaurer une relation de confiance, de comprendre leur histoire, les raisons de leur migration.

Cette confiance se crée avec différents éléments, pour l'illustrer, j'ai choisi d'en développer 3 : la langue, les aspects sociaux et les rituels.

Je vais illustrer le problème de la barrière de la langue par une vignette clinique en évoquant le cas de M.M.

M.M. est un patient âgé de 22 ans, admis d'office après 2 jours aux soins intensifs pour une tentative de suicide par psychotropes. Ce sont quasiment les seuls éléments anamnestiques qui nous ont été transmis de l'hôpital somatique. Il motive son geste par une sensation de perte de confiance dans l'avenir et l'impression d'être dans une situation sans issue.

M.M. est d'origine serbe, en Suisse depuis quelques mois. Le diagnostic retenu est un état de stress post-traumatique. Il a été incarcéré pour divers délits et, selon ses dires, son jugement aurait conclu à une expulsion de la Suisse et un retour dans son pays. Il vit au centre FAREAS de Bex.

La difficulté de communication avec ce patient était omniprésente. Nous essayions de « baragouiner » quelques mots en anglais, mais pour communiquer sur son mal être bien apparent, c'était très difficile. L'angoisse et la tristesse se lisaient sur son visage. Nous étions dans une impasse et dans l'impossibilité de lui offrir une vraie relation d'aide. Nous le voyions errer et déambuler sur le service à longueur de journée.

Nous avons mis sur pieds des entretiens avec un traducteur qui nous permettaient de mieux comprendre son histoire, mais au quotidien, la relation était très basique.

La barrière de la langue, nous a paralysés dans son projet thérapeutique : pour n'importe quel autre patient, nous aurions mis sur pied un traitement avec notamment des packs ou des perfusions. Mais dans ce cas-là, comment aider ce patient à mettre des mots sur sa souffrance, si on ne peut pas communiquer verbalement ?

L'intimité de ces moments d'entretiens accompagnant ces soins nous paraissaient difficilement envisageables avec la présence d'un traducteur. De plus, le travail de milieu - c'est-à-dire organiser les activités de la vie quotidiennes comme un agent thérapeutique actif - que nous faisons avec tous les autres patients devenait dans ce cas difficile à mettre en place.

Ces situations-là nous questionnent beaucoup sur notre rôle infirmier.

Par exemple, nous nous trouvons réduits à donner des médicaments pour aider le patient dans un moment qui nous semble être un moment d'angoisse, mais est-ce vraiment un moment d'angoisse ?

Cela génère une grande frustration de ne pas pouvoir investiguer avec lui ce qui se passe à ce moment-là. Notre support principal : l'échange verbal est réduit à sa plus simple expression.

Dans ces situations là, il est primordial de travailler avec un traducteur.

Au début, à la Fondation de Nant, nous avons essayé d'impliquer le personnel qui maîtrisait une langue étrangère, dans le travail de traduction. Mais nous nous sommes rapidement rendus compte que parler une langue étrangère ne fait pas de vous un traducteur, c'est une compétence beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît et qui s'apprend.

Les traducteurs d'Appartenances suivent une formation d'interprète communautaire, reconnue au niveau Fédéral. Ils sont au nombre de 80 et travaillent dans 43 langues.

L'interprète est un co-intervenant, un médiateur culturel.

Il pourra déceler si les propos du patient sont cohérents et en lien avec sa culture ou désorganisés, voire délirants.

Parler la langue maternelle du patient, c'est reconnaître sa culture, c'est commencer à valider son identité, tenir compte que son histoire commence bien avant son arrivée en Suisse. C'est aussi mettre des mots sur sa douleur.

Dans un français mal maîtrisé, le discours du patient peut sembler sans symbolisation, sans affects, qui pourrait être pris pour un trouble psychotique dont le traitement « classique » - évidemment - ne répond pas, ce qui peut parfois chatouiller le narcissisme des soignants !.

Quand nous travaillons avec un traducteur, le travail d'équipe se trouve alors chamboulé, il faut apprendre à travailler avec un tiers.

Le traducteur a un rôle très complexe : il n'est pas un thérapeute, il ne fait pas d'évaluation clinique, il n'est pas un ami du patient, mais il est un allié. Il est entre les attentes du thérapeute et celles du patient.

Il devient, en quelque sorte, un « objet » transitionnel.

Nous évitons au maximum qu'un membre de la famille fasse la traduction.

Souvent, l'enfant aîné est celui qui a le mieux appris le français et devient alors le porte-parole de la famille, induisant une inversion des rôles, suscitant une atteinte narcissique chez les parents et une parentisation de l'enfant. Dans ces situations-là, la présence d'un traducteur devient alors indispensable.

Pour donner un ordre de grandeur, les dépenses de traduction pour 2006, à la Fondation de Nant se montent à 100'000 francs, et ce montant ne cesse de s'accroître.

Souvent, nous avons à faire à des patients sous mesure de renvoi et alors l'hôpital se fait l'écho d'un problème social.

Pour illustrer cela, je vais évoquer le cas de M. T.

M.T. a été hospitalisé sur un mode d'office, avec un diagnostic de trouble psychotique aigu et état de stress post-traumatique sévère.

M. T. est un jeune patient de 21 ans, originaire du Sri Lanka, d'où il s'est enfui après y avoir été détenu et sévèrement maltraité, vraisemblablement par l'armée gouvernementale, et après que sa famille, composée de ses parents et de ses trois sœurs cadettes, ait disparu suite à une intervention de l'armée.

Les circonstances de son arrivée en Suisse sont floues : il savait qu'il y avait un oncle, dernier membre vivant de sa famille, qu'il a sans doute voulu retrouver.

A son arrivée en Suisse, M. T. a fait une demande d'asile et vit au domicile de son oncle. Celle-ci ayant été refusée, il reçoit l'ordre de quitter la Suisse, décision assortie d'un plan de vol et d'une cessation de l'aide de la FAREAS. Dès lors, son oncle fait appel à un avocat qui saisit l'affaire.

Dans cette période, M. T. semble de plus en plus confus, a des rires immotivés. Par moments, il est extrêmement apeuré, il pleure tout seul, quitte la maison en pleine nuit. C'est à ce moment-là qu'il est hospitalisé chez nous.

Sur le plan concret, nous avons adressé un rapport médical à l'Office Fédéral des réfugiés, afin d'appuyer sa demande d'inexigibilité de renvoi faite par son avocat.

Environ 3 semaines avant la fin de son séjour hospitalier, M. T. a commencé à ruminer d'intenses idées de mort et a fait 2 tentatives de suicide à l'hôpital. Il a également demandé, à plusieurs reprises, qu'on l'aide à mourir avec des médicaments, car il préférait, disait-il, « mourir en Suisse plutôt qu'au Sri Lanka ».

Petit à petit, M. T. a commencé à faire quelques sorties au domicile de son oncle. Pour chacune de ses sorties, nous lui faisons une lettre que nous lui demandons de toujours porter sur lui, au cas où la police l'interpellait, lettre qui stipulait qu'il était hospitalisé et qu'il devait rentrer à l'hôpital.

M. T. est sorti après 2 mois d'hospitalisation, avec un suivi à Appartenances et un suivi psychiatrique.

Cette situation a beaucoup marqué l'équipe. Elle nous a interpellés à plusieurs niveaux. Nous avons envie de garder ce patient, de le sauver... et en même temps, cette situation nous montrait nos douloureuses limites, nous n'avions évidemment pas le pouvoir d'annuler ce renvoi. Il y a aussi le poids que porte les équipes face à ces situations, nous sommes tributaires d'une décision prise par les autorités et impuissants face à ces demandes.

Quelle est alors notre marge de manœuvre ?

Qu'a-t-on à offrir ?

Comment supporter ce si peu à donner ?

Peut-on terminer une hospitalisation dans ces conditions-là ?

Que mettre en place pour la sortie ?

Un suivi ambulatoire est-il possible ?

Le plus fréquemment, le patient étant seul ou avec une toute petite partie de sa famille en Suisse, il est alors difficile de réunir des éléments anamnestiques, et de construire l'histoire du patient qui peut avoir aussi très peur de se révéler.

Il nous arrive parfois de devoir réaliser des entretiens de famille téléphoniques avec la famille restée au pays. Tout cela représente un travail considérable qui peut parfois générer un sentiment d'inutilité, surtout, si le patient est renvoyé dans son pays dans une situation traumatique identique.

On peut comparer le traumatisme à un corps étranger qui envahit le psychisme de la personne.

Il y a toujours rupture dans l'événement traumatique, il y a un avant et un après. Le patient tombe alors souvent dans une régression protectrice. Il faut alors passer du silence à la mise en mots du vécu traumatique et souvent les patients, victimes de traumatismes, peinent à trouver les mots pour décrire ce qu'ils ont vécu. Le patient pense alors que si il parle, cela va le détruire.

Il est alors important de différencier la manière d'aborder les choses. Un bon moyen étant de s'intéresser au vécu plutôt qu'aux faits, contrairement à ce que font les autorités, pour éviter de répéter un interrogatoire déjà subi par tous les demandeurs d'asile. Il est important également de ne pas les « victimiser ».

Il y a souvent une attente très forte des patients sous mesure de renvoi, ils espèrent que nous, équipe soignante, puissions intervenir auprès des autorités pour leur éviter un retour traumatique. Il nous est alors très pénible, vu nos moyens de pression inexistantes, de décevoir ces attentes-là, et de se sentir perçus, dans leur détresse, comme complices et co-responsables de leur situation.

Le thème de cette journée est « Culture et soins ».

L'aspect culturel est un composant avec lequel nous travaillons.

Emigrer, c'est quitter, perdre l'enveloppe de lieux, de sons, de sensations connues. La capacité d'autonomie est alors très importante pour supporter cette perte de repères qui peuvent être vécus comme de l'exclusion. Les références culturelles sont un contenant qui est perdu lors du processus de migration.

Pour illustrer les aspects rituels, je vais vous parler de la situation de Mme I.

Mme I. est arrivée chez nous en admission d'office pour une décompensation psychotique avec risque hétéro agressif.

Elle a été retrouvée dans les couloirs de son immeuble en train de se promener avec un couteau. La police intervient et découvre Mme I. barricadée chez elle.

Mme I. est une patiente venant de la République Démocratique du Congo, elle est issue d'une fratrie de 11 enfants.

Quand elle est âgée de 17 ans, on lui présente son futur mari. A ce moment-là, elle s'enfuit avec un autre homme. Mais comme l'homme qu'on lui avait choisi avait déjà payé la dote, on lui demande de choisir entre ces deux hommes. Elle choisit l'homme avec lequel elle a fui et ce dernier est d'accord de rembourser la dote au promis éconduit. Etant tombée enceinte de l'homme avec qui elle s'était enfuie, cet homme accepte de rembourser la dote.

Mais, traditionnellement, deux faits graves se sont produits ici : tout d'abord le fait de fuir avec un autre homme alors que la dote a déjà été versée constitue un adultère. De plus, une dote ne se paie qu'après la naissance de l'enfant, sans quoi le malheur risque de s'abattre sur l'enfant et la mère.

Après la naissance de ce premier enfant prénommée Merveille, elle viendra rejoindre son mari en Suisse. S'en suivront 6 fausses couches avant la naissance de son 2^e enfant.

Vingt ans plus tard, c'est-à-dire il y a deux ans Merveille décède dans un terrible accident de voiture.

Comment comprendre ce qui arrive à cette femme ?

Quel sens met-elle sur la mort de ses enfants à naître et celle de cette fille, Merveille ? Délire ou mauvais sort ?

Si le mauvais sort a été lancé par la famille, comment peut-on entreprendre un traitement psychiatrique avec elle ?

Comment est-il possible de garder ses propres référentiels théoriques, cliniques et culturels dans des situations où la compréhension de la souffrance par le patient lui-même est tout autre.

Un jour, notre femme de ménage nettoie la chambre de Mme I.

Voyant plusieurs verres d'eau à divers endroits de sa chambre, elle les jette. Quand la patiente retourne dans sa chambre, elle commence à s'agiter... ce que nous avons compris plus tard, c'est que ces verres d'eau étaient placés de

manière stratégique, dans divers endroits de la chambre, pour éloigner le mauvais sort.

Cette situation nous montre comme des choses qui nous paraissent anodines, peuvent avoir une signification très importante pour une patiente d'une autre culture.

Chaque culture a sa vision de la vie, de la mort, de la maladie.

Il est alors important d'amener le patient à évoquer les aspects de sa culture, de « comparer » chez nous en Suisse c'est comme ça, ou, on a une expression qui veut dire cela et dans votre pays ça se fait comment, on l'exprime comment ?

Par exemple, un jour, lors d'une consultation, une patiente nous a expliqué que chez elle, en Afrique, quand un enfant meurt à la naissance ou naît handicapé, on pense que les parents on fait une faute, ou qu'ils sont maudits.

Il est donc très important d'entendre cela afin de comprendre le vécu des parents et l'intégrer dans notre prise en charge.

Il arrive aussi que nous utilisions une expression connue dans la langue française et que les patients nous renvoient qu'il existe la même dans leur langue, et alors, dans un court moment, la différence de culture s'estompe un peu et nous nous comprenons vraiment.

Il est aidant d'évoquer les généralités pour faire sortir les particularités.

Parfois, c'est en évoquant des aspects tout à fait anodins du quotidien, que des choses très lourdes de sens apparaissent.

A la Fondation de Nant, nous avons mis sur pieds un dispositif pour accueillir au mieux les patients requérants d'asile ou simplement migrants.

Celui-ci se compose de personnes ressources au sein de l'institution, de consultations d'ethnopsychiatrie et de séminaire de formation.

Le séminaire se nomme : « Séminaire d'introduction à la psychiatrie transculturelle », il traite des sujets tels que ; les enjeux de la migration au niveau individuel et familial ; les représentations culturelles ; les traumatismes ; violence collective et torture ; les particularités socio administratives des patients migrants ; etc...

La consultation d'ethnopsychiatrie a lieu 2 fois par mois. Elle est animée par une ethnopsychiatre qui s'est formée chez Tobie NATHAN.

Participent à cette consultation des soignants, actuellement 8, des diverses unités de notre secteur psychiatrique, respectant ainsi la multi culturalité institutionnelle.

Elle y reçoit des patients déjà suivis sur le plan psychologique. Le patient y participe, de préférence avec ses proches, un traducteur et son thérapeute individuel. Cette consultation propose, en complément d'une prise en charge psychothérapeutique habituelle, une exploration des repères culturels sous-tendant les conflits psychiques.

Elle est aussi un lieu de réflexion sur les intrications entre les facteurs culturels et les facteurs intrapsychiques, pour aider dans le traitement, faire des propositions thérapeutiques.

Nous avons également au sein de notre institution, un psychologue qui a travaillé de nombreuses années à Appartenances et qui est la personne ressource pour toutes les situations de patients migrants, cette activité l'occupe à 50%.

Conclusion

Accueillir un patient migrant, ou tout simplement d'une autre culture n'est jamais anodin. Et plus que pour d'autres situations, la condition de ces patients met en avant l'importance de nos valeurs personnelles et leur relativité.

Il est alors difficile de mettre ses sentiments de côté quand nous sommes impliqué dans un traitement avec un migrant : nous avons tous, de fait, une position différente vis-à-vis de l'étranger. Il peut fasciner, inquiéter, susciter l'envie ou le rejet.

La neutralité qu'exige notre éthique professionnelle peut être alors mise à mal et avoir ses failles. Celles-ci peuvent s'exprimer alors par déplacement à travers des conflits, des actings ou actes manqués.

Ces situations deviennent de plus en plus fréquentes et nous allons vers un brassage de la population, alors soit nous le subissons, soit nous nous saisissons de cette évolution et mettons en place, des moyens, nous permettant de gérer au mieux ces situations.

La migration est un vécu difficile, mais la migration forcée, par exemple en cas de guerre, prend encore une toute autre dimension.

En tout cas, nous savons qu'il est aidant d'être à plusieurs pour contenir la lourdeur de ce genre de traumatisme.

A travers ces situations, les migrants deviennent porteurs et révélateurs d'une procédure et dans certains cas, d'un drame social qui n'est pas facile à vivre et à porter.

Les situations d'ethnopsychiatrie nous touchent dans nos savoirs, elles nous fragilisent dans nos certitudes. C'est probablement une des raisons pour lesquelles ces situations suscitent tant d'émois paradoxaux, du rejet à l'envie de sauver.

Une autre particularité de ces situations est peut-être de nous mettre en position d'humilité.

Et si nous les considérons comme un nouveau moteur à réfléchir et à s'enrichir ?

Martine Roch

L' E c r i t



ETAT DE VAUD

Département de Psychiatrie / CHUV
Directeur des Soins
Jean-Michel Kaision

Responsable de la publication: Service des Soins DP-CHUV
Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne
<http://www.chuv.ch/psy/bpul>
Info et abonnement : Tarja.Cachelin@chuv.ch

Prix: Fr.-2